Rok XXXI. Kraków, 19 Marca 1892. Nr. 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^{1}/_{2}$ „	„ $3^{1}/_{8}$ „	„ 6 „

I. Elektroliza w zastosowaniu do cierpień nosa, gardziela i krtani.

Skreślił

T. Heryng w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11.)

Spostrzeżenie 3. J. W. farmaceuta, lat 26 liczący, zachorował w lutym 1888 roku. Choroba zaczęła się od chrypki, kaszlu, dreszczów, potów i utraty apetytu, do czego przyłączyło się później stopniowe wychudnięcie. Dokonane już wówczas badanie plwocin wykazało obecność laseczników. Kaszel trwa już od lat 4, występuje jednak z przerwami. W roku 1885 przebył chory dość silny krwotok; odtąd datuje się skłonność do katarów oskrzeli. Innych chorób nie przebywał. W rodzinie na suchoty nikt nie chorował; jedna siostra cierpi na wadę serca. Pacyent zgłosił się do mnie 3. czerwca 1888 r. Był licho odżywiony i miał silną chrypkę. Badanie wykazało w płucach nieznaczne przytłumienie w prawym wierzchołku. Nagłośnia, więzy boczne i tylna ściana krtani były zupełnie prawidłowe; struny fałszywe również prawidłowe; struny głosowe prawdziwe zgrubiałe i owrzodzone przy brzegach. W innych narządach zmian ważniejszych nie wykryłem. Na ból przy łykaniu chory się nie uskarżał; nie gorączkował; apetyt miał dobry. W miesiąc później przyłączył się nowy objaw: tj. na strunie fałszywéj lewéj wytworzył się naciek gruźliczy, połączony z niewielkiem jej zgrubieniem.

Leczenie polegało na podawaniu krezotu w dużych dawkach, miejscowo używałem 20% rozczynu mentolu. Po 3 tygodniach z powodu zupełnego braku poprawy przystąpiliśmy do energicznych wcierań kwasu mlecznego 80%. Chory obdarzony niezwykłą cierpliwością i wytrwałością wybornie je znosił. Pomimo 15 wcierań głos chorego pozostał ochrypłym a wejrzenie owrzodzeń wcale się nie zmieniało. Z powodu powiększającego się obrzęku struny fałszywéj, która przykrywała strunę głosową, wykonałem rozcięcie kieszonki Morgagniego nożykiem, którego opis podałem w innem miejscu. Chciałem sobie za pomocą téj operacyi ułatwić dostęp do wnętrza torebki i zniszczyć znajdujące się tamże złogi gruźlicze. Rana zagoiła się już w kilka dni, obrzęk się zmniejszył i struna prawdziwa uwydatniła się (20/VII). Chory wyjechał na wieś na 6 tygodni i wrócił w początku września ze znaczną poprawą stanu ogólnego. Głos jednak pozostał ochrypłym, a owrzodzenia strun nie wykazywały najmniejszéj dążności do zabliźnienia.

Ponowne 10 krotne stosowanie wcierań kwasu mlecznego nie odniosło znów żadnego skutku. Struna głosowa prawa w formie wałka o brzegu zaokrąglonym, na górnéj powierzchni ziarnista, drobnemi granulacyjami pokryta, w okolicy wyrostka głosowego przedstawiała się zgrubiałą, nierówną, zniekształtnioną. W daleko wyższym stopniu te same zmiany występowały na strunie lewéj.

Postanowiłem po tylu niefortunnych próbach uciec się do działania elektrolizy. Jako narzędzia użyłem elektrody strzemiączkowéj Katemanna. Po dokładnem znieczuleniu krtani przyłożyłem elektrody do przedniéj części struny na górnéj powierzchni i puściłem strumień galwaniczny, dochodząc stopniowo do 14 elementów Stöhrera przez jedną minutę. Już podczas aplikacyi dało się słyszeć charakterystyczne syczenie rozkładającéj się tkanki. Wytworzył się strup biały, mięsisty, który zlał się z niezwłocznie wytworzonym strupem w tylnym odcisku krtani. Struna znacznie ścieńczała, brzeg stał się ostrzejszym. Wytworzone w ten sam sposób strupy i na drugiéj strunie trzymały się dziewięć dni. Na 9. dzień pomimo jednolitych miękkich strupów można było zauważyć, że struny stały się cieńsze, a brzegi nabrały wyrazistości. Nadmienię, że ani bólu, ani reakcyi zapalnéj, ani ropienia nie było. Chory ze znaczną poprawą głosu Warszawę opuścił.

Spostrzeżenie 4. R. J. lat 45, negocyjant, zachorował w styczniu r. b. na silny ból przy łykaniu i chrypkę, która stopniowo się powiększała. Uporczywy kaszel, obfite odplu wanie i ogólne osłabienie zmusiły go do szukania porady. W rodzinie jego na suchoty płucne nikt nie zapadał. On sam nigdy krwią nie pluł, ani zapaleń płuc nie przebywał. W roku 1878 wytworzył mu się wrzód krtani, w strunie fałszywéj, wrzód przeciąłem i ropę zeń wypuściłem. Sprawa wówczas zakończyla się szybkiem wyzdrowieniem. Kiedy po raz pierwszy badałem krtań lusterkiem w styczniu 1889 r., zauważyłem tylko znaczniejsze uwydatnienie guza nagłośni. Ponieważ nagłośnia była dość silnie ku tyłowi opuszczoną, dopiero przy wydawaniu wysokich tonów zmiana ta stała się widoczniejszą. Sam guz był więcéj formy ostrokręgowéj, gładki i pokryty błoną śluzową, silniéj zaczerwienioną od otaczających części. Gdyby nie kilka bledszych, nieco żółtawych na nim guziczków, można by ze względu, że guz

nagłośni bywa czasami silnie rozwinięty, cierpienie przeoczyć, tembardziéj, że inne części krtani przedstawiały się zupełnie prawidłowo. Badanie plwocin zawierających nie tylko liczne laseczniki, lecz i włókna sprężyste, wyświetliło rzecz całą tembardziéj, że w lewym szczycie znalazłem oddech nieokreślony, na lewéj zaś łopatce oskrzelowy. Prawe płuco od tyłu przedstawiało oznaki, właściwe chronicznym sprawom gruźliczym. Pomimo to pacyjent nie gorączkował, nie chudł, nie pocił się, a apetyt miał wilczy.

Leczenie krtani rozpocząłem od wcierań kwasu mlecznego. Guz szeroki na jakie 8 mm., 5—6 mm. gruby po kilku wcieraniach wcale się nie zmniejszył; przeciwnie w skutek reakcyi zapalnéj uwydatnił się jeszcze bardziéj. Po miesiącu bezowocownych usiłowań spróbowałem usunąć naciek za pomocą ostréj łyżeczki. Rezultat był mało zadowalającym z powodu twardości tkanki, jak również dlatego, że naciek zajął widocznie już głęboko położone gruczoły śluzowe. Postanowiłem zniszczyć go za pomocą galwanokauteru. Dwukrotne energiczne przyżegania zmniejszyły go, ale tylko częściowo. Wtedy, w miesiącu maju, wyczerpawszy cały arsenał używanych w tem cierpieniu środków, przystąpiłem do elektrolizy głównie dlatego, że na obydwóch strunach głosowych pojawiły się nacieki gruźlicze, a na prawym wyrostku głosowym niewielkie trójkątne owrzodzenie. Nastąpiła więc, poczynając od nagłośni, dalsza infekcyja krtani.

Z początku używałem strzemiączkowéj elektrody Kafemanna, odpowiednio zmodyfikowanéj; użyłem 16 M. A. przez 30 sekund. W kilka dni późniéj, gdy strup odpadł, powtórzyłem ten sam rękoczyn, używając 30 M. A.

W 10 dni późniéj strup odpadł, guz bardzo znacznie się zmniejszył i pokryty był szarym nalotem. Dopiero 20 czerwca nastąpiło zupełne zabliźnienie. Trzykrotnie jeszcze stosowałem na struny prawdziwe gruźliczo zwyrodnione strzemiączkową elektrodę. Rezultat jednak nie był zupełnie zadowalającym, gdyż owrzodzenia zabliźniały się w jednem miejscu, na wyrostku zaś głosowym drążyły w głąb, późniéj zaś w dwa miesiące pokryły się soplami ziarniny. Nastąpił wtedy szereg żmudnych operacyj, mających na celu zniszczenie owéj granulacyi bądź żegadłem, bądź kwasem mlecznym.

Okazało się, że wyrostek głosowy uległ zmartwieniu i sterczał na dnie owrzodzenia. Należało nożykiem rozszerzyć jamkę i kleszczami ostremi część chrząstki zniszczonéj usunąć. Głos naturalnie pogorszył się, lecz stan ogólny nie ucierpiał wcale. Recydywy na guzie nagłośni aż do końca października nie zauważyłem.

Chory przez czas pewien nie leczył się wcale, gdy w grudniu 1891 zjawił się u mnie w domu, znalazłem stan ogólny bez zmiany ku gorszemu, również jak i stan płuc, natomiast obie struny fałszywe były infiltrowane a nad wyrostkiem głosowym pojawiły się sople ziarniny. Naciek struny fałszywéj lewéj zniszczyłem za pomocą elektrolizy i to samo mam zamiar uczynić ze strony prawéj.

Efekt ostatniéj operacyi elektrolitycznéj o tyle jest dobry, że widać po prawéj stronie po zniszczeniu nacieku strunę prawdziwą zgrubiałą lecz nie owrzodzoną. Nagłośnia w okolicy guza Morganiego przedstawia białawą bliznę, dotąd nie okazuje skłonności do recydywy. Głos pomimo rozległych zmian gruźliczych jest względnie dość silnym. Przełykanie jest mało bolesne. Pacyjent pozostaje daléj w obserwacyi.

Spostrzeżenie 5. S. B., lat 41, wstąpił do naszego oddziału dnia 13/V 1891, z powodu zupełnéj afonii i utrudnionego przełykania. Choroba zaczęła się przed 3 laty od zapalenia płuc, do którego dołączyło się prawostronne zapalenie opłucny. Chrypka i dysfagija trwają od pół roku. W płucach stępienie w obydwóch szczytach, również i w *fossa supraspinata sinistra*. Od przodu oddech oskrzelowy, liczne drobne rzężenia. Od tyłu rozsiane krepitacyje, głównie z lewéj strony.

W krtani: nagłośnia w trójnasób zgrubiała, zupełnie ku dołowi opuszczona, blado-żółta, bez owrzodzeń. Zgrubiałe struny fałszywe przykrywają prawdziwe. Cała tylna ściana zarówno jak i więzy boczne silnie naciekłe. Z powodu zgrubienia tylnéj ściany struny ze sobą się nie schodzą. Owrzodzeń nigdzie nie znaleziono.

Stan ogólny lichy, jakkolwiek chory nie gorączkuje, poci się jednak w nocy. Chudnie, kaszle dużo. Odrzuca plwociny bogate w laseczniki.

Dnia 22/V przystąpiliśmy do elektrolizy nagłośni.

Na pierwszem posiedzeniu użyto 22 M. A. przez 3 minuty. Igłę podwójną Voltoliniego wkłuwano w trzech miejscach nagłośni, aż do utworzenia grubego mięsistego strupa, który odjęty został w całości po 8 dniach. Miał on blisko 2 ctm. szerokości, był na 1 ctm. wysoki, około 4 mm. gruby. Zawierał na przecięciu znekrotyzowaną chrząstkę nagłośni, pokrytą z obu stron strzępami zniszczonego gruźliczego nacieku.

Po 2 tygodniach na kikucie nagłośni pokazały się granulacyje, które powoli zaciągały się blizną Sama procedura nie była bardzo bolesna. Nie uzyskaliśmy jednakże poprawy co do przełykania, gdyż przy połykaniu płynów chory często się zakrztuszał.

Kilkakrotnie stosowałem jeszcze elektrolizę u tegoż chorego zarówno na tylnéj ścianie i na strunach fałszywych używając do 60 M. A.

Postępujące wyniszczenie ogólne nie dozwoliło nam kuracyi prowadzić daléj, gdyż na własne żądanie chory się wypisał ze szpitala i wyjechał na wieś.

Oprócz opisanych powyżéj 5 przypadków stosowaliśmy elektrolizę jeszcze u 5 chorych, a mianowicie w cierpieniach nagłośni dwa razy, raz w nacieku strun fałszywych, dwa razy w nacieku ściany tylnéj. Rezultat pomyślny, t. j. zabliźnienie uzyskaliśmy dwa razy na nagłośni i raz na strunach fałszywych.

Stosowanie téj metody w nacieku ściany tylnéj okazało się w jednym przypadku mało pożytecznem, gdyż kiureta dawała nam szybsze i dokładniejsze wyniki. W drugim przypadku efekt był o wiele lepszy, gdy użyłem do zniszczenia prądu o 60 M. A.

W gruźliczych naciekach nagłośni trzymam się następującéj metody.

Stosownie do tego, czy sprawa występuje ostro, t. j. z wybitnemi objawami zapalenia, czy też chronicznie, wskazania są następujące:

1) Jeżeli proces rozpoczyna się na przedniéj powierzchni nagłośni żywem zaczerwienieniem bł. śluzowéj i obrzękiem zapalnym, a sprawa ściśle ograniczona do górnego jéj odcinka, wskazane jest szerokie i śmiałe rozcięcie całéj części nadjęzykowéj ((*pars suprahyoidea*).

W formach chronicznego nacieku, jeżeli takowy jest jednostronnym, należy podwójną kiuretą usunąć części infiltrowane i uczynić to doszczętnie. Zabliźnienie następuje w bardzo krótkim czasie, bóle przy połykaniu bardzo szybko ustępują. Jeżeli cała nagłośnia jest infiltrowaną i owrzodzoną na wewnętrznéj powierzchni lub pokryta ziarniną, najskuteczniejszem okazuje się łyżeczkowanie wewnętrznéj powierzchni. Obrzęki szybko się zmniejszają, nagłośnia cienieje i jakkolwiek zabliźnienie nie jest zupełne, dysfagija jednak znakomicie się zmniejsza. Wskazania do zupełnego odjęcia nadjęzyczkowéj części nagłośni znajdujemy wtedy, gdy kraterowe owrzodzenia pewną część już zniszczyły lub owrzodzenie zajmuje górną powierzchnię nagłośni i przy przełykaniu wywołuje silne bóle, kaszel i krztuszenie się. W takich razach należy baczną zwrócić uwagę na stan ściany tylnéj i strun fałszywych. W razie, gdy przy fonacyi powstaje niedomykalność, zależna czy to od nacieku tylnéj

ściany, czy od zajęcia stawów crico-arytaenoidalnych, odjęcie górnéj części nagłośni jest przeciwwskazane, gdyż płyny zamiast być skierowane po bokach krtani (*fossae pyriformes*) wprost z nasady języka wlewają się do krtani i przez niedomkniętą szparę do oskrzeli i płuc. Ma to miejsce najczęściéj w rozlanych naciekach górnego odcinka krtani, wobec których interwencyja chirurgiczna pożytku przynieść już nie zdoła.

Przystępuję teraz do opisu przypadku gruźlicy języka, który w ostatnich miesiącach spostrzegałem u siebie w oddziale i leczyłem za pomocą elektrolizy.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza.

O pasorzycie zimnicy.

Studyjum kliniczno-etyjologiczne.

Podali

Prof. Dr. St. Pareński i Dr. Stefan Blatteis.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10).

Do pierwszéj tak Cellego jak Felletego rodziny należą regularne, do drugiéj nieregularne, atypowe zimnice.

Plasmodium śródciałkowe napotykamy we wszystkich przypadkach ostréj zimnicy typowéj, rzadziéj w zimnicy nieregularnie przebiegającéj.

Opis rozwoju pasorzyta śródciałkowego poprzedzamy przytoczeniem pewników przez Golgiego podanych a przyjętych przez wszystkich badaczy włoskich i francuskich.

Pewniki te opiewają:

1) Każdy napad zimniczy zależy ściśle od rozwoju jednéj generacyi pasorzyta.

2) Napad jest następstwem dojrzewania jednéj generacyi.

3) Nasilenie napadu zimniczego pozostaje w prostym stosunku do ilości pasorzytów w krwi się znajdujących.

Chcąc śledzić rozwój tego tworu najlepiéj brać pod obserwacyję przypadki napadu zimniczego typowego, pojawiającego się regularnie o jednym czasie. Nadaje się do tego forma zimnicy trzeciaczkowa, a jeszcze lepiéj czwartaczkowa.

Formy codzienne można raczéj uważać za zakażenie zimnicze mięszane, spotykamy się tu bowiem często z pasorzytami w rozmaitym stopniu rozwoju. Badać możemy ten pasorzyt albo we krwi niezabarwionéj albo też przy użyciu barwików.

W celu śledzenia tego rozwoju należy użyć stolika ogrzewanego do ciepłoty 38—40° C., gdyż bez takiego ogrzania ruchy pasorzyta nader krótko trwają i nader są niewyraźne. Krew bierzemy z palca, który po należytem obmyciu wodą i eterem nakłuwamy cienkim skalpelem, kroplę krwi zdejmujemy na szkiełko przedmiotowe przez samo dotknięcie się niem, przykrywamy szkiełkiem nakrywkowem i brzegi jego oblewamy dokładnie parafiną. W ostatnich czasach używaliśmy sposobu badania krwi podanego przez Plehna, w olejku parafinowym. Istotnie krew przy tym sposobie utrzymuje się w niezmienionym stanie przez dwa do trzech dni, a jasność pod drobnowidem jest większą.

Postępowanie jest następujące: Na szkiełku przedmiotowem zakreśla się kółko parafiną lub szelakiem, przez co powstaje niejako kamera o bardzo małéj wysokości. Na dno kamery puszcza się olejku parafinowego a taką samą jego kroplę puszcza się na szkiełko nakrywkowe. Kroplę krwi puszcza się na kroplę olejku parafinowego i przykrywa kroplą na szkiełku nakrywkowem się znajdującą. Dobrze jest w tym celu używać szkiełek nakrywkowych dużych.

Również możemy obserwować ruchy pasorzytów w preparatach barwionych. Wpuszczając kropelkę krwi na kroplę surowicy zabarwionéj błękitem metylenu, umieszczonéj na szkiełku przedmiotowem uciskamy szkiełkiem nakrywkowem.

Plasmodium w takim preparacie zabarwia się pięknie lazurowo, a badane na ogrzewanym stoliku zachowuje przez jakiś czas ruchy i pozwala dokładnie spostrzegać wszelkie szczegóły w swéj budowie. Pasorzyt zimniczy wogóle posiada wielką czułość na barwiki anilinowe zasadowe a odmienne od innych składników morfotycznych krwi; zabarwienie jakie przeróżnemi kombinacyjami kilku razem barwików osiągamy, dozwala łatwo i już pod mniejszem powiększeniem rozpoznać pasorzyt i rozmaite formy jego rozwoju rozróżnić.

Największą doń mają elekcyję, jak już wyżéj powiedzieliśmy, barwiki zasadowe i każdy z tych daje się użyć. Używając barwika kombinowanego z barwika kwaśnego (eozyna, *aurantium*, *orange*) i z barwika zasadowego (błękit metylenu, zieleń metylenowa, wezuwin), widzimy, że eozyna dzięki swéj elekcyi do ciałek czerwonych krwi, zabarwi je na czerwono (*aurantium* na żółto), błękit zaś metylenowy posiadając wysoką elekcyję dla jąder ciałek białych, zabarwi je na silnie granatowo, mając zaś słabszą elekcyję dla pasorzyta nada mu kolor lazurowy.

Kombinacyję dobrą, któréj używamy z powodzeniem, a która pozwala w kilku minutach otrzymać dobre preparaty, jest: Rp. *Solutionis aquosae saturatae methyleni coerulei 10.00, Eosini* (*aqua solubil.*) *0.50, Spir. vin. absol. 15.00,* S. 5—15 minut barwić, poczem opłukać wodą przekroploną.

W tym celu powlekamy cienką warstwą krwi szkiełko przedmiotowe w ten sposób, iż kroplę krwi na niem umieszczoną szybko pręcikiem szklanym na niem rozpościeramy i nad płomieniem 5 do 10 razy przesuwamy, następnie nalewamy na to barwika i trzymamy w nim 5 do 10 minut, po spłukaniu go wodą i wysuszeniu utrwalamy preparat w laku damarowym.

Aczkolwiek przeciąganie krwi na szkiełku rozprowadzonéj przez płomień zupełnie wystarcza, to jednak chcąc dokładne i szczegółowe otrzymać preparaty, lepiéj jest zanurzać szkła takie na 5 do 15 minut do wyskoku.

Chcąc jednak studyjować rozwój pasorzyta, najlepiéj jest badać krew świeżą. Rozpatrujemy ją na stoliku ogrzanym od 38 do 40° C. Biorąc krew chorego na typową czwartaczkę w jakiś czas po dreszczu spostrzegamy już to mniéj, już to więcéj liczne ciałka małe, $^1/_{10}$ do $^1/_4$ wielkości ciałka czerwonego mające, o ruchach wybitnych żywych, które zabarwione okazują po jednéj do trzech wypustek, nadto widzimy w ciałkach czerwonych krwi ciałka białe małe, wyraźnie przy zabarwieniu występujące. Z form tych wytwarza się dojrzałe *plasmodium*.

Do rozwoju *plasmodium* potrzeba dwóch, trzech, czterech, pięciu lub więcéj dni i odpowiednio do tego mamy zimnice trzeciaczki, czwartaczki, zimnice o dłuższych lecz regularnych przerwach. Analogicznie do spostrzeganego we świecie roślinnym zjawiska, iż zarodniki w pewnym oznaczonym czasie dojrzewające potrzebują w odmiennych warunkach do tego rozwoju jużto dłuższego jużto krótszego

czasu, widzimy, że i pasorzyt zimnicy czasem z przyczyn w ustroju tkwiących potrzebuje niejednostajnych odstępów czasu do swego rozwoju, wywolując atypowe zimnice.

Badając krew na drugi dzień po dreszczu, widzimy w ciałkach czerwonych krwi plasmodia te jako ciałka błękitem dobrze się barwiące, nieco od poprzednich większe, o kształtach nieregularnych i zawierające drobne złogi barwika krwi melaninu jako drobne punkciki. W małéj ilości widzimy ciałka takie w krwi wolno pływające.

Z biegiem czasu coraz to większą liczbę pasorzytów można widzieć w ciałkach czerwonych, a zmniejsza się ilość ciałek drobnych, wolno w krwi pływających. Wielkość niektórych pasorzytów dochodzi już do połowy lub do trzech czwartych wielkości ciałka czerwonego.

Pierwoszcze (protoplasma) pasorzyta bledszem jest co do barwy od reszty ciałka czerwonego. Kontury jego nie są zbyt ostro ograniczone, przy odpowiedniem jednak ustawieniu widzieć można dokładnie kontury jego nawet w niebarwionym preparacie. Kształty jego są najrozmaitsze. Wśród pasorzyta widzimy strąty melaninu drobne w postaci punkcików lub laseczek, barwy od ciemno-żółtéj począwszy do ciemno-brunatnéj. Strąty te są najliczniejsze na obwodzie tak, iż tworzą wianuszek oddzielający niejako pasorzyt od reszty ciałka czerwonego. Ciałka czerwone zawierające *plasmodium* barwą swoją różnią się od innych, są bowiem o wiele bledsze z powodu, że hemoglobina coraz to bardziéj ulega rozkładowi przez *plasmodium. Plasmodium* to okazuje czasem rzęski i wykonywa ruchy ameboidalne. Również dokładnie można spostrzedz ruchy strątów barwikowych. Śledząc daléj *plasmodium*, widzimy, że zajmuje ono coraz to większe przestrzenie ciałka czerwonego, że pozbawia coraz to więcéj ciałko czerwone hemoglobiny. W dzień przed dreszczem *plasmodium* zajmuje często prawie całe ciałko krwi czerwone. Strąty są coraz znaczniejsze, ruchy pasorzyta jako też i strątów coraz wybitniejsze. Na jakiś czas t. j. ośm, sześć lub cztery godziny przed dreszczem, widzimy, że strąty więcéj środkowo się grupują, pasorzyt zaś rozpoczynający dzielenie okazuje formy gwiazdkowate, rozetkowate. Są to pierwsze oznaki mającej nastąpić sporulacyi. Posorzytów tych rozetkowatych im bliżéj dreszczu tém więcéj. Po kilku znowu godzinach (na sześć do dwóch godzin przed dreszczem) widzimy *plasmodium* rozpadłe na kilka kuleczek, wśród których widnieje grubszy złóg melaninu. Kulek tych w czwartaczce mamy od czterech do ośmiu; barwiąc delikatnie i badając przy silniejszem powiększeniu widzieć można, iż kulki te za pośrednictwem cienkich nitek pozostają w związku między sobą i ze złogiem barwika. Tuż przed dreszczem (czasem na dwie godziny przed nim) kulki te spotykamy wolno w surowicy krwi jużto żywo wirujące jużto spokojnie otaczające wiankiem ciałko czerwone. Kulki te o tak żywym ruchu w wielkiéj ilości w krwi pływające w krótkim czasie z krwi znikają; są to zarodniki.

Czy zarodnik pasorzyta rozwija się w saméjże krwi, czy też w którym innym może narządzie, na to żadnych jeszcze danych nie mamy. Przejścia tego pod mikroskopem nikt dotąd nie zauważył, a form ściśle przejściowych między zarodnikiem a najmłodszem *plasmodium* w jakiś czas po dreszczu w krwi nie znajdujemy. Możliwem jest, że podobnie jak *drepanidium ranae* pasorzyt krwi żaby rozwój ten odbywa w szpiku kostnym, dla *plasmodium malariae* wylęgarnią, że się tak wyrazimy, jest śledziona i szpik kostny.

W podobny sposób jak w czwartaczce, rozwija się pasorzyt także i w trzeciaczce z tą różnicą, że w dwóch dniach rozwój kończy. Różnicę między pasorzytem trzeciaczki a czwartaczki przez Golgiego a za nim przez innych autorów podaną, zdołaliśmy również acz nie we wszystkich szczegółach stwierdzić. Podawaną przez nich cechę rozróżniającą, iż pasorzyty w trzeciaczce odbarwiają ciałko krwi czerwone, w którem się zagnieżdżą silnie, często zupełniei bardzo prędko, i że w czwartaczce ciałka krwi czerwone prawie do chwili napadu część hemoglobiny zatrzymują, łatwo daje się stwierdzić. Również stwierdziliśmy okoliczność, iż w trzeciaczce *plasmodium* na ośm do szesnastu zarodników (spor) się rozpada, podczas gdy w czwartaczce tylko na cztery do ośmiu.

Badając dokładnie liczniejsze przypadki, badacza uwadze także nie ujdzie, iż strąty czwartaczki są grubsze i że kontury pasorzyta w czwartaczce wybitnie się zaznaczają, podczas gdy w trzeciaczce obrysy mało są znaczne a pierwoszcze jasno-przeźroczyste i delikatne. Nie chcemy uledz zarzutowi suggestyi, jeśli potwierdzimy spostrzeżenia, iż ruchy *plasmodium* i strątów w trzeciaczce są wybitniejsze. Golgi i Celli podają nadto, że ciałka krwi czerwone w czwartaczce szybko się kurczą i przybierają charakterystyczne postacie, a ciałka krwi czerwone w trzeciaczce są większe niż w czwartaczce.

Co do zimnicy o torze codziennym, to tu rzecz trudniéj się przedstawia. Tu już, jak Celli a po nim Golgi znaleźli, pasorzyty jużto trzeciaczki, jużto czwartaczki a często oba rodzaje w połączeniu we krwi się znajdują. Dla uwidocznienia zapatrywań na formę codzienną zimnicy, podajemy poniżéj tabliczkę podziałową Golgiego i Canalisa.

Golgi dzieli wogóle *plasmodium* na 3 grupy:

1) Pasorzyty o dwudniowym rozwoju; zaliczamy tu trzeciaczkę i trzeciaczkę podwójną *(quotidiana)*;

2) Pasorzyt o trzechniowym rozwoju; tu zaliczamy czwartaczkę, czwartaczkę podwójną, czwartaczkę potrójną (*quotidiana*);

3) Pasorzyty o atypowym rozwoju, w nierównych odstępach czasu się rozwijające a zwykle w postaci półksiężycowéj występujące.

Canalis odróżnia cztery formy malaryi:

1) Do pierwszéj zalicza zimnice pasorzytem czwartaczki wywołane: tu należy czwartaczka, czwartaczka potrójna czyli *quotidiana.*

2) Do drugiéj zimnice pasorzytem trzeciaczki wywołane; tu należy trzeciaczka, trzeciaczka podwójna czyli zimnica o torze codziennym.

3) Do trzeciéj zimnice formą półksiężycową wywołane; tu zalicza formy nieregularne, codzienne, złośliwe i o długich przerwach.

4) Do czwartéj zimnice mięszaną formą pasorzytów wywołane, to jest te, gdzie napotykamy formy pasorzytów trzeciaczki, czwartaczki, lub którą z tych dwóch form ostatnich z formą półksiężycową.

Ta mięszana infekcyja wywołuje nieregularne zimnice, kacheksyję zimniczą i niektóre codzienne zimnice.

Widzimy więc, że o ile trzeciaczka i czwartaczka odrębną swą formę posiadają, to zimnicy codziennéj tejże brak, a tę formę jedynie za zakażenie mięszane uważać należy.

Uważając pasorzyty trzeciaczki i czwartaczki za powód zimnicy codziennéj, musimy przypuszczać, że podczas niéj

w ustroju kilka generacyj tego pasorzyta się rozwija, a z nich jedna dziś, druga jutro napad zimnicy wywołuje.

Zwykle krew zimnicy o torze codziennym przez czas cały choroby wykazuje w ciałkach czerwonych *plasmodia* w najrozmaitszych okresach rozwoju. Spotykamy tu obok rozwiniętych pasorzytów śródciałkowych formy początkowe tak śródciałkowe jako też wolno w surowicy krwi bujające.

Również zauważyliśmy zimnice codzienne, w których *plasmodia* z wielką trudnością odszukać można było i przed dreszczem napotkaliśmy tylko mało rozwinięte formy pasorzyta, a form rozwiniętych nie było. (C. d. n.)

III. O plombowaniu zębów obumarłych.

Napisał

Dr. K. Szymkiewicz,
dentysta w Krakowie.

(Dok. Patrz Nr. 10).

Ostatniemi czasy miałem tego bardzo pouczający przykład. Zgłosiła się do mnie chora z przetoką dziąsłową w okolicy pierwszego zęba trzonowego dolnéj szczęki po stronie lewéj. Ponieważ korona była jeszcze względnie dobrze utrzymana, a jama próchnicowa zajmująca dośrodkową ścianę pozwalała na wygodny dostęp do kanałów korzeniowych, przeto starałem się przez kilka posiedzeń o ile możności zrobić je aseptycznemi w tem przekonaniu, iż z czasem, skoro się usunie przyczynę podtrzymującą ropienie okostny, przetoka się zabliźni. W przeddzień plombowania pokazało się jednak, iż te zabiegi nie prowadzą do celu, albowiem wystąpiły objawy zapalenia okostny z przebiegiem ostrym. Ponieważ dowiedziałem się o kilkakrotnych nawrotach podobnych objawów, przeto oświadczyłem, iż zachodzi konieczność niezwłocznego usunięcia zęba, tembardziéj, iż takowy obecnie luźnie jest osadzony. Bliższe zbadanie korzeni po wyjęciu przekonało, iż jeden z nich okazywał cechy chronicznego zapalenia okostny z przerostem takowéj *(periodontitis granulomatosa)*, drugi, prawie brunatno zabarwiony uległ częściowemu zanikowi w okolicy szczytu *(necrosis radicis apicalis)*, był krótszy od poprzedniego i chropowaty. Tu więc brak charakterystycznych cech, towarzyszących zwykle tym zmianom na korzeniach (wysadzenie i ruchomość zęba, utrudniona artykulacyja i t. d.), wobec stosunkowo dobrze utrzymanéj korony, stał się powodem nieudanéj próby. A należało jeszcze mieć wzgląd i na tę okoliczność, iż leczenie przetoki od dolnych zębów wogóle wychodzącéj a w szczególności od zębów trzonowych, jak w tym przypadku, z powodów czysto fizycznych jest w wysokim stopniu utrudnione. Rozdwojone bowiem zwykle kanaliki w korzeniu dośrodkowym mają, jak wyżéj powiedziano, tak małe światło, iż usunięcie z nich mas rozkładowych jest prawie niemożliwe, a powtóre, iż wypociny zapalne z przetoki nie mają tak ułatwionego odpływu, jak w zębach szczęki górnéj.

W związku z powyższym przypadkiem pozostają dwa inne, dotyczące zębów może daleko bardziéj zniszczonych, które udało mi się przez założenie „stałych kanałów odpływowych“ przynajmniéj czasowo uratować. W pierwszym przypadku chodziło o pierwszego zęba trzonowego dolnego po stronie prawéj, który okazywał wyraźne cechy przewlekłego zapalenia okostny z przetoką dziąsłową. Wszelkie perswazyje, ażeby go usunąć, obijały się o opór właścicielki, która na jakikolwiek sposób pragnęła swój zgryz aż do pewnego czasu w całości utrzymać. Uprzedziwszy zatem dotyczącą osobę co do możliwych następstw po zaplombowaniu takiego zęba, przystąpiłem w dniu 29 września z. r. do przygotowania swoim wyżéj podanym sposobem próchnicowéj jamy, która zajmowała dośrodkową ścianę korony i dotykała powierzchni żucia, gdzie znowu tkwiła plomba amalgamowa dawniejszéj daty. Dnia następnego postanowiłem zatkać cementem jamę, uważając dłuższe w niéj przygotowania jako zupełnie do celu nie prowadzące. Ponieważ jednak nie mogło ulegać najmniejszéj wątpliwości, iż po szczelnem zatkaniu ubytku objawy zapalne naokoło korzeni przybiorą groźniejszy charakter, przeto postanowiłem dla wolnego odpływu produktów rozkładowych rdzenia, przeprowadzić komunikacyję pomiędzy światłem kanałów korzeniowych a wnętrzem jamy ust. W tym celu ochroniwszy ząb serwetką gumową od napływu śliny, wsunąłem koniec mocnéj nitki jedwabnéj namoczonéj oliwą do ujścia odśrodkowego kanału, drugim zaś końcem tejże nitki, rozdzielonym na dwie gałęzie, zatkałem obydwa ujścia kanalików, znajdujących się w korzeniu dośrodkowym, a naprężywszy ją w ten sposób, aby obydwie jéj części ku przodowi, t. j. ku dośrodkowemu sąsiadowi przebiegały, wypełniłem jamę zęba cementem. Po stwardnieniu téj masy dala się nitka bez żadnych trudności wyciągnąć, a skoro usunąłem serwetkę gumową, przekonałem się, iż ujście nowoutworzonego kanału nakryte było dziąsłem międzyzębowem. Zaciekawiony tym przypadkiem prosiłem choréj o uwiadomienie mnie po pewnym czasie co do zachowania się jego i otrzymałem w trzy tygodnie wiadomość, iż jest spokojny i wcale się nie „kiwa“. Przypuszczam również, iż stan ten ciągle się utrzymuje, albowiem chora, któréj jak powiedziałem, bardzo chodzi o utrzymanie w całości swego gryzu (składającego się dotychczas z wszystkich 32 zębów), w razie dostrzeżenia najmniejszéj zmiany byłaby się z pewnością o pomoc zgłosiła.

Pierwsze zatem doświadczenie, jakie miałem sposobność zrobić z założeniem pod plombą stałego kanału odpływowego dla produktów rozkładowych rdzenia zębowego i wypociny zapalnéj okostny, udało się o tyle, iż ząb w trzy miesiące po zaplombowaniu spokojnie się zachowuje, również objawy zapalne ze strony okostny się zmniejszyły, o czem wnioskować można ztąd, iż obecnie silniéj jest osadzony aniżeli dawniéj.

W drugim przypadku, który mi w ostatnich tygodniach z. r. się wydarzył, chodziło o uratowanie małego zęba siecznego w szczęce górnéj po stronie lewéj. Chora przed kilku miesiącami zgłosiła się o poradę względem tego zęba do jednego z zagranicznych dentystów, który znalazłszy obok istniejącéj plomby cementowéj dawniejszéj daty świeży ubytek, zatkał takowy amalgamem. W jakiś czas potem powstało zgrubienie kości w okolicy lewego skrzydełka nosowego, przy ucisku bolesne. Domyślając się, że mam tu do czynienia z ropniem lub torbielem, powstałym w otoczeniu korzenia skutkiem przedwczesnego zatkania próchnicowéj jamy, przystąpiłem do usunięcia plomb, co z powodu cienkości ścian zębowych nader ostrożnie musiało być dokonane. Natychmiast po odsłonięciu kanału korzeniowego pojawiła się w jego ujściu ciecz żółtawa, ropiasta, która w miarę ucisku wywartego na wyrostek zębodołowy w miejscu zgrubienia, wypływała w znaczniejszéj ilości. Ponieważ kilkodniowe leczenie nie zmniejszało sprawy ropienia a chora

zmuszoną była wcześnie odjechać, przeto po dokładnem przestrzykaniu korzenia 5% kwasem karbolowym przystąpiłem do zatkania ubytku wyżéj podanym sposobem z pozostawieniem wolnego kanału, którego ujście przypadło pod dziąsłami nieco ku tyłowi, naprzeciwko sąsiadującego kła.

Postępowanie opisane zastosować można przedewszystkiem w tych przypadkach, w których

1) chory z powodu pośpiechu lub innych przyczyn nie zgadza się na dłuższe leczenie kanału korzeniowego, konieczne do przeprowadzenia ścisłéj desinfekcyi;

2) przetoka się nie goi, mimo odpowiedniego leczenia przed zaplombowaniem zęba;

3) przetoka jest zagojona, ale wywiady wykażą, iż już kilkakrotnie powracała, a zatem wnioskować można, iż i teraz z powodu zatkania jamy próchnicowéj, a temsamem wstrzymania odpływu produktów patologicznych napowrót się otworzy;

4) mamy do czynienia z torbielami, powstałemi ponad korzeniami zębów (t. zw. przez Magitota „*Kystes néogènes*"), jeżeli chory na środek doszczętnie to cierpienie usuwający, t. j. na wyrwanie, zgodzić się nie chce.

Naturalną jest rzeczą, iż najlepsze szanse powodzenia przy zastosowaniu tego sposobu mają zęby górne, tu bowiem mogą owe, tak groźne dla spokoju okostny produkta, własnym ciężarem przez utworzony kanał odpływać, podczas gdy w zębach dolnych odpływ ten, o ile dotyczy istot płynnych, tylko przez ściąganie się ścian ropnia lub torbiela, skoro dla ich treści wolna droga otwartą została, wytłomaczyć sobie można. Również zęby jednokorzeniowe, tj. sześć zębów przodkowych, o ocalenie których ze względów kosmetycznych zawsze najwięcéj chodzi, pomimo zniszczonego stanu i zastarzałych przetok, dałyby się powyższym sposobem jeszcze na dłuższy czas utrzymać.

Hoëg z Christianii [1]) ogłosił sposób nieco do podanego zbliżony, ale w wielu punktach od niego się różniący; obydwa jednak prowadzą do tego samego celu, t. j. aby utworzyć wolną komunikacyję pomiędzy kanałem korzeniowym a jamą ust. Według H. osadza się po przygotowaniu jamy w kanale drut złoty, tak jednak, aby się ścian jamy nie dotykał i naokoło niego zwykłym sposobem zakłada plombę. Po stwardnieniu masy wyjmuje się drut, który pozostawia kanalik do odpływu wydzielin patologicznych. Sposób ten przeznaczony, jak sam autor powiada, głównie dla zębów przednich, ma jednak tę niedogodność, iż masa plastyczna, któréj jedynie w tych okolicznościach użyć można, zlepia się z drutem i zupełnemu uledz może zniszczeniu przy jego wydobyciu. Silna nitka jedwabna, którą w ujście kanału korzeniowego wtłaczam i w miarę nakładania plomby dla kontroli ustawicznie wysuwam (a jest ona w kanale korzeniowym kilkakrotnie sfałdowaną), daje się bez względu na swą krzywiznę z łatwością wydobyć, jeżeli napojona była oliwą a przez to zapobieżono zlepieniu się jéj z masą.

W przeciwieństwie do sposobu H. jestem za przeprowadzeniem kanału tuż obok ściany zębowéj tak, aby ujście jego, o ile to jest możliwe, znajdowało się pod dziąsłami. Dziąsła bowiem mają stanowić rodzaj klapy, ochraniającéj otwór kanału przed dostaniem się tamże ciał obcych, głównie cząstek pokarmów, nie dość silnie jednak przylegającéj, aby tamtędy nie miały przecisnąć się produkta rozkładowe rdzenia i wypociny zapalne okostny. Że ujście takiego kanału przez osadzający się pod dziąsłami kamień zębowy może z czasem zostać zatkanem, nie podlega żadnéj wątpliwości, ale w takim razie wystarczy mechaniczne odskrobanie osadu, przez co drożność przywróconą a wszelkie objawy, powstałe z zatrzymania się pierwiastków patologicznych, usunięte zostaną.

Sposób w mowie będący daje się zastosować także w odpowiednich przypadkach i na zębach wielokorzeniowych, czego według metody H. albo wcale nie można przeprowadzić, albo z wielkiemi tylko trudnościami. Okoliczność ta z tego powodu nabiera pewnéj wagi, iż daleko częściéj przy zębach wielokorzeniowych stoimy wobec przykréj ostateczności doradzania choremu natychmiastowego wyjęcia albo pozostawienia jamy próchnicowéj otwartą, gdyż po szczelnem zaplombowaniu wystąpić muszą bóle wychodzące od okostny. Jeżeli więc podanym sposobem zaplombuje się jamę, a przez to zniesie zbiornik dla pokarmów, które tamże gniją i jeżeli się sztucznym kanałem jak gdyby drenem wyprowadzi wydzieliny chorobowe zagrażające istnieniu zęba, to można przypuścić, iż organ ten na pewien czas ocalonym został, a jeżeli ściany korony są dość odporne, na długo jeszcze ku pożytkowi właściciela służyć może.

Trepanacyja korony (t. zw. metoda Hullihena) znaną jest i zastosowywaną od dawna, celem usunięcia *periostitis* w przypadkach, skoro objawy jéj w jakiś czas po zaplombowaniu zęba wystąpią. W środku powierzchni wargowéj (względnie licowéj) korony pod dziąsłami zakłada się trepan w postaci trójgrańca, osadzony w kołowrotku i skośnie ku górze (wzgl. ku dołowi) wierci kanał prowadzący do kanału korzeniowego. Zabieg ten, który, nawiasem mówiąc, ma licznych zwolenników, którego jednak z powodu uszkodzenia korony wcale nie stosuję, nazwałbym „trepanacyją następową", sposób zaś wyżéj podany „drenowaniem ochronnem (profilaktycznem)". Doświadczenie pouczyło, iż otwór trepanacyjny nigdy nie podlega próchnicy, przypuścić zatem można, iż i brzeg zęba, ograniczający częściowo ujście kanału w powyższy sposób utworzonego, również od téj choroby ochronionym zostanie.

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Grawitz: O komórkach „drzemiących" *(Schlummernde Zellen)* tkanki łącznej i ich zachowaniu się podczas zapalenia.

Występowanie licznych jąder pomiędzy komórkami ścięgien podczas gojenia się ran zwróciło uwagę autora, że oprócz komórek, które przy zastosowaniu zwykłych metod barwienia jąder stają się widoczne, istnieje w prawidłowem ścięgnie jeszcze mnóstwo innych komórek, które pod wpływem tego barwienia na jaw nie występują. Albowiem znalazł on, że nietylko w warunkach patologicznych, lecz także pod wpływem takich zboczeń w odżywieniu, które bez wątpienia znajdują się jeszcze w granicach fizyjologicznych, występują na jaw komórki, których powstania nie tłomaczą znane dotychczas przypuszczenia. Mianowicie nie mogą one pochodzić z dzielenia się stałych komórek tkanki łącznéj ani z komórek, które ze krwi tu się dostały, lecz są to twory, które należą do istoty międzykomórkowéj i tam znajdują się w takim stanie, że ani ich zarysów rozeznać nie można, ani ich jądra lub jąderka nie zawierają chromatyny i nie barwią się. Zwolna dopiero występują te jakby drzemiące, bezczynne twory komórkowe na jaw i to

[1]) *D. M. f. Z.* Listopad 1891.

w ten sposób, że z początku rozeznać można jądro, najpierw bez chromatyny, mające postać podłużną, która pozwala je odróżnić od jąder leukocytów i innych komórek łącznotkankowych. Następnie zjawiają się w jądrach drobne ziarenka chromatynowe, które rozmnażają się bardzo szybko; w dalszym ciągu jądro i ciało komórki powiększają się, w jądrze występuje jedno lub dwa jąderka, postać wrzecionowata komórki przechodzi w okrągłą lub gwiazdkowatą i w końcu przychodzi do tworzenia się karyokinetycznych figur dzielenia się jąder.

W okresie tym komórki te nie różnią się już niczem od zwykłych komórek tkankowych i ta okoliczność była przyczyną, że opisane zmiany tak długo uchodziły uwagi badaczy, jakkolwiek ilość „komórek drzemiących" w tkance tłuszczowéj i łącznéj, jak dowodzi Grawitz, jest bardzo znaczną. Drugą okolicznością, która utrudnia obserwacyę, jest wnikanie leukocytów do tkanki międzykomórkowéj, które tworzą obraz zupełnie podobny do jąder „budzących się komórek uśpionych". Autor badał sprawy opisane w linii wstępującej i zstępującej tj. w fazie, w któréj z włókien tkanki łącznéj powstają komórki, i w okresie, w którem zbudzone komórki napowrót „zasypiają", czyli przechodzą istotę międzykomórkową. Komórki uśpione tkanki łącznéj odgrywają zdaniem Grawitza główną rolę w zapaleniu, one to są przyczyną rozpuszczenia tkanki w ropieniu, gdyż przez to, że istota międzykomórkowa przechodzi w komórki, które stają się częścią składową ropy, powstają ubytki w téj tkance. Grawitz obala teoryę zapalenia Cohnheima i nie przypisuje alteracyi ścian naczyniowych w zapaleniu żadnéj roli, twierdząc, że leukocyty przechodzą przez ściany naczyń nawet w tkankach zupełnie prawidłowych. W dalszym ciągu twierdzi autor, że to przeistaczanie się istoty międzykomórkowéj w komórki nie tylko ma miejsce w zapaleniu i sprawach przerostowych lub nowotworowych, lecz nawet w tych stanach tkanki, które dotąd uważano za zanik. I w tych przypadkach budzą się najpierw uspione komórki, poczem dopiero następują dalsze przemiany lub rozpad. (*Archiv Virchowa* tom 127. Styczeń 1892. i *Berl. klin. Woch.* Nr. 6, 1892).

Farmakologija.

Gaudin: O działaniu eurofenu.

G. wykonywał u chorych dotkniętych kiłą w rozmaitych okresach doświadczenia z wstrzykiwaniami eurofenu w poliklinice paryskiéj i doszedł do następujących wyników:

Chorzy znosili bardzo dobrze injekcyje, które tylko czasem bywają nieco bolesne: nigdy nie pojawiało się działanie jakieś uboczne czy to miejscowe, czy téż ogólne; po wstrzykiwaniach następowało zawsze polepszenie objawów choroby, nieznaczne wprawdzie w kile drugorzędnej, natomiast bardzo znaczne w trzeciorzędnéj, zwłaszcza jeżeli wstrzykiwano w sąsiedztwie zmian chorobowych. Zdaje się, że injekcyje eurofenu działają we wszystkich przypadkach równie dobrze i szybko jak oléj szary lub sublimat i dlatego G. poleca je wszędzie tam, gdzie zależy na tém, aby ciężkie zmiany kiłowe szybko usunąć. Wnioski powyższe wysnuwa autor na podstawie spostrzeżeń 15 przypadków. Nadto stosował G. posypywania eurofenem w przypadku wrzodu miękkiego na wewnętrznéj powierzchni napletka z tak dobrym skutkiem, że bez innego leczenia w ciągu 8—10 dni wrzód zupełnie się zabliźnił. (*Journal des maladies cutanées et syphilitique* 1892 Nr. 1).

Beck.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Jaksch: O znaczeniu prognostycznem leukocytozy w przebiegu zapalenia płuc dławcowego.

Prof. J. na podstawie licznych obserwacyj twierdzi, że przebieg zapalenia płuc dławcowego jest zazwyczaj niekorzystny, jeżeli wśród zapalenia nie ma zwiększonéj ilości ciałek białych we krwi. Doświadczenia na zwierzętach wykonane w pracowni Pasteura przez N. Czystowicza potwierdzały ten fakt; króliki ginęły na zapalenie płuc dławcowe, u których nie można było wykazać leukocytozy. (*Ann. de l'inst. Pasteur.* V. 7.) Nie mniej też spostrzeżenia takie same co do przebiegu zapalenia płuc u ludzi zrobił jeszcze poprzednio Kikodze. Wobec tych dotąd jednak jeszcze dość skąpych faktów radzi prof. J. w przypadkach, w których badanie krwi nie wykazuje leukocytozy, wywoływać ją sztucznie, a według Horbaczewskiego takiemi środkami są pilokarpina, antipyrina, antifebrina i nukleina. Na jednym przypadku Prof. J. przekonał się, że istotnie pilokarpina znacznie powiększa ilość ciałek białych we krwi i w danym przypadku wynosił przyrost 62%. (*Centrbl. f. klin. Med.* Nr. 5. 1892 r.)

Dr. Surzycki.

Chirurgija.

Périer: Gorączka i zatkanie stolca po operacyjach.

Autor zwraca uwagę na przyczynę gorączki po operacyjach, która w ogólności mało jest uwzględnioną, a dla rozeznania gorączki ma praktyczne znaczenie. Przyczyną taką jest zatkanie, które w dzisiejszéj erze przeciwgnilnéj stanowi dziewięć dziesiątych wszystkich przypadków, w których powstaje gorączka po operacyjach. Autor przypomina zdanie Chassaignaca: Dreszcz po operacyi może pochodzić z trzech przyczyn: z róży, z zakażenia ropnego i z zatkania stolca. Autor widział po operacyjach ciepłoty ponad 40°, które po użyciu lekkiego środka rozwalniającego ustępowały. Gorączkę tę tłómaczy samoistnem zakażeniem trzewowem, które powstaje wskutek tworzenia się i wessania ptomainów w zalegającym kale. Należy tedy dbać o to, ażeby na jeden lub dwa dni przed każdą operacyją jelita były wypróżnione. We wszystkich większych rękoczynach, a w szczególności w jamie brzusznéj, winniśmy się usilnie starać o bezpośrednie działanie przeciwgnilne na jelita, co można wykonać podając przez kilka dni β-naftol i salicylan bizmutowy.

Jeżeli po operacyi powstanie gorączka, to należy podać natychmiast środek rozwalniający, z wyjątkiem niektórych przypadków (n. p. po operacyjach samego przewodu pokarmowego), gdzie jelita potrzebują bezwarunkowego spokoju. Jako najodpowiedniejszy środek przeczyszczający po operacyjach zaleca autor limoniadę rozwalniającą (jest to rozczyn *Magnes. citr. effervesc.*), gdyż za pomocą lewatywy w tych przypadkach nie osiąga się równie pomyślnego skutku. (*Centralbt. f. Chir.* 1891. Nr. 47).

Dr. Skobel.

Sackur: O skuteczności dermatolu.

S. stosował dermatol w oddziale chirurgicznym Riegnera w Wrocławiu przeszło w 100 przypadkach a mianowicie: a) w świeżych aseptycznych i pooperacyjnych ranach b) wobec jam, przetok po ropniach i zgorzeli c) wobec wrzodów na kończynach dolnych. W cierpieniach pierwszego działu dermatol okazał się nadzwyczaj skuteczny. Pod wpływem proszku dermatolu tworzyły się strupy, pod któremi następowało zupełne zabliźnienie; brzegi ran ciętych szybko zrastały się ze sobą przez rychłozrost. Rany dermatolem leczone odznaczają się przedewszystkiem nadzwyczajną suchością, brakiem wydzieliny, skutkiem czego opatrunki mogą dłużéj leżeć. Nieaseptyczne jamy i przetoki po ropniach musiały być przedtem aseptycznie przestrzykane, poczem dermatol pobudzał szybko do wytwarzania się granulacyj zamykając je. Również usuwał dermatol wypryski przyranne wywołane kw. karbolowym lub sublimatem. Najskuteczniejszym okazał się w wrzodach na kończynach (*ulcera cruris*). Żadnym lekiem nie można w tak krótkim czasie wywołać granulacyi i zabliźnienia w przypadkach uporczywych wrzodów. Do dodatnich stron dermatolu należy brak woni i własności nietrujące. Do ujemnych brak wpływu na tkanki gruźlicze i mała siła przeciwgnilna. (*Brl. kl. Wschft.* Nr. 32, 1891.)

Dr. Mendelsburg.

Choroby nerwowe.

P. Sérieux (Paryż.): Przypadek agrafii sensorycznéj.

Przypadek opisany przez autora ilustruje zdanie Wernickego, który twierdzi, że akt pisania nie jest niczem innem jak tylko kopiowaniem optycznych wyobrażeń liter i słów Kobieta licząca lat 62, cierpiąca wadę sercową, uległa udarowi mózgowemu z objawami porażennemi, które jednak przeminęły, i objawami ze strony wzroku. Chora nie pozna-

wała swych najbliższych, a patrząc się na nich mówiła, że nie poznaje ich dlatego, że ich nos zmieniony, a język im z ust się zwiesza. Twarz własnéj jéj córki wydawała się jéj być tak spłaszczoną, jak głowa ryby morskiéj raja. Obok ślepoty duchowéj wystąpiły napady podobne do padaczkowych, wreszcie popadła chora w stan przygnębienia i zadumy. Stan ten polepszył się z czasem, po nowych jednak napadach wystąpiły objawy ślepoty i głuchoty duchowéj, parafazyi i agrafii. Chora widziała otaczające ją osoby dawniéj dobrze jéj znajome, lecz ich nie poznawała; zdawały się jéj być zamaskowanemi. Ślepota słów ograniczała się do zapomnienia wielkiego abecadła. Pióro brała do ręki poprawnie, nie mogła jednak pisać, a po długich wysiłkach kreśliła tylko luźne litery *n*, *e*, r. W mowie istniały wybitne objawy parafazyi, gdyż zamiast „ma tête“ mówiła „ma taille“, zamiast „cravate“ mówiła „fringate“ zamiast „trente ans“ „trente francs“. W piśmie wypuszczała niektóre słowa lub słowa zmieniała dziwacznie np. „parlementaire“ na „paprementaire“. Wreszcie pisywała słowa bez znaczenia jak „maradomos“ „dadomos, boboc“ i inne. Stan taki trwał, nasilając się, to znów łagodniejąc, aż do śmierci, która nastąpiła z zapalenia płuc włóknikowego

Sekcya dokonana wykazała ogniska rozmiękczynowe w mózgu i ubytki w postaci jam dochodzących do wielkości dużego orzecha włoskiego w obu półkulach mózgu. Płaty czołowe nie okazywały zmian żadnych, a ogniska rozmiękczynowe i jamy następowe ograniczały się do zakresu tętnic Sylwiusza zobliterowanych. Zniszczone były ośrodki psychooptyczne i psychograficzne. Wedle Exnera i Charcota agrafia jest tylko amnezyą modeł ruchów do pisania potrzebnych, czyli jest ona niejako afazyą ręki. Tak jak afazya motoryczna występuje po zniszczeniu ośrodka Broki, tak agrafia ma zdaniem Exnera występować po zniszczeniu ośrodka psychograficznego, zdaniem jego, umieszczonego w drugim zwoju czołowym płatu lewego. Jednak jak zniszczenie ośrodków mieszczących modły słuchowe słów sprowadza amnezyę senzoryczną, tak też i zniszczenie ośrodków mieszczących modły wzrokowe słów sprowadzić musi agrafię senzoryczną. Przypadek podany zdaniem S. udowadnia to zapatrywanie, przez Wernickego juz uznawane. (*Gazette médic. de Paris.* 1892. Nr. I.) *Dr. Wachholz.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie Tow. lek. z d. 17 lutego 1892 r.

Przewodniczący kol. Ponikło. — Obecnych członków 47.

1. Przewodniczący zawiadamia członków iż: a) Komisyja budowy domu dla Tow. lek. ukonstytuowała się, wybierając przewodniczącym prof. Jakubowskiego; b) Obraz śp. Marcinkowskiego zawieszony jest tymczasowo w kancelaryi Dziekana Wydz. lek.; c) W sprawie Izb lek. będzie w najbliższym czasie nadzwyczajne posiedzenie, na którem wnioski komisyi będą Tow. przedstawione.

2) Kol. Braun przedstawia a) preparaty plasmodyjów z malaryi swojskiéj; b) żołądek przy sekcyi wydobyty rozszerzony do nadzwyczaj wielkich rozmiarów. Żołądek pochodził od 47-letniéj kobiety, u któréj był w okolicy odźwiernika rak płaski, *carcinoma fibrosum*. Żołądek zajmował położenie płodowe i sięgał do spojenia łonowego, wypełniony był papką pokarmową. W gruczołach limfatycznych znajdowały się typowe ogniska rakowate.

W dyskusyi nad tym przypadkiem zwraca uwagę kol. Obaliński na trudności rozpoznawcze w razach tak znacznéj rozstrzeni żołądka, przytaczając przypadek Ziembickiego, w którym laparatomija została wykonana wobec rozpoznanego *Cyst ovarium*. Żołądek był nader silnie rozszerzony i przy operacyi został nadcięty. Inny przypadek dotyczył posługacza szpitalnego, który bardzo długo cierpiał na rozstrzeń żołądka znacznego stopnia. Z powodu domniemanego zwężenia odźwiernika przyszło do laparatomii; znaleziono rozstrzeń znacznego stopnia, zwężenia jednak i blizny nie było, ściany były pozrastane z otoczeniem. Rozcięto żołądek i rozszerzono *pylorus* wedle metody Soretty. Chory ten, który przez długi czas miał *ructus* silny, sam sobie żołądek przepłukiwał, jest od czasu operacyi zdrów.

3) Następnie wygłosił kol. Obaliński odczyt „o sprawach zapalnych w częściach przyrostkowych kości długich“. Rzecz ta będzie ogłoszona drukiem. Prelegent omawia etyjologię i symptomatykę tych cierpień, dzieląc te zapalenia na 3 działy: 1) *ostitis acutissima*, do którego należą przypadki zwane *osteomyelitis perniciosa*; 2) dział stanowi *ostitis acuta*; 3) *ostitis subacuta*, — zwraca uwagę na dyjagnostykę tych zapaleń i zarazem na sposoby odróżnienia od cierpień w samym stawie i od gruźlicy.

W dyskusyi kol. prof. Korczyński zaznacza przedewszystkiem zgodność z zapatrywaniami prelegenta, a zabiera głos jedynie tylko w celu uzupełnienia kilku szczegółów ważnych także dla lekarza chorób wewnętrznych. I tak *ostitis acutissima* w kilku przez niego obserwowanych przypadkach przebiega nadzwyczaj gwałtownie a wśród stałego pogarszania się stanu ogólnego i coraz bardziéj nasilającéj się gorączki chorzy popadali rychło w śpiączkę, w któréj kończyli życie. Ostre zapalenie kości i szpiku kostnego przydarza się także w następstwie chorób zakaźnych, osobliwie duru brzusznego i prawdopodobnie jest wynikiem zakażenia wtórnego drobnoustrojami ropnemi. Rozróżnienie przyostrego lub przewlekłego przyrostkowego zapalenia kości od zapalenia idyjopatycznego czyli gośćcowego stawów jest w istocie we wielu przypadkach trudne i tu wskazana jest ta sama ostrożność, jakiéj wogóle przestrzegać należy w rozpoznawaniu zapaleń stawów przyrody gośćcowej, aby ich nie brać za zapalenia stawów, polegające na tle chorób zakaźnych, jak duru, płonicy, rzeżączki, czerwonki, ropnicy lub posocznicy. Zdaniem mówcy zapalenie gośćcowe czyli idyjopatyczne stawów rzadko bywa jednostawowe, najczęściéj wielostawowe, podczas gdy zapalenie przyrostkowe kości po największéj części zajmuje tylko przyrostki jednéj kości; daléj nawet w jednostawowem gośćcowem zapaleniu ścisłe wywiady wykazują najczęściéj, że chory w pierwszych początkach choroby skarżył się na bóle w kilku stawach, które to bóle umiejscowiły się późniéj w jednym stawie; nie mniéj ważnym szczegółem rozpoznawczym jest nasilenie bólu, które w zapaleniach gośćcowych po największéj części stoi w prostym stosunku do nasilenia objawów zapalnych, a więc z zaczerwienieniem skóry, obrzmieniem powłok i stopniem wycieku w stawie; wreszcie w przypadkach wątpliwych rozstrzyga rodzaj obrzęku powłok miękkich staw otaczających, gdyż bywa on nawet w okołostawowych zapaleniach gośćcowéj przyrody, więcéj podatny ciastowaty i na znaczniejszéj przestrzeni rozlany, podczas gdy w zapaleniu przyrostków kostnych jest więcéj zbity i najczęściéj w postaci wału zapalnego do mniejszéj przestrzeni ograniczony. Co do rozróżnienia zapalenia przyrostków kostnych od przewlekłege gruźliczego zapalenia stawu, to zdaniem mówcy ważne są następujące szczegóły rozpoznawcze: a) obecność lub brak gruźlicy w innych narządach; b) szybkość, z jaką w gruźlicy stawów powstają zaniki mięsne kończyn, podczas gdy w zapaleniach innéj przyrody zaniki te pojawiają się dopiero w późniejszych okresach choroby; c) zniekształcenie stawu, które tak często zauważa się w przebiegu zapalenia gruźliczego.

4) Kol. Rydygier wygłosił zapowiedziany odczyt „o ranach przepony i ich leczeniu“. Prelegent zajmuje się tą sprawą przy sposobności układania swego podręcznika chirurgii. Prelegent zestawia kilka metod leczenia ran przepony względnie przepuklin przeponowych, jak według Horocha, Sawickiego, Matlakowskiego i Postępskiego. Kol. Rydygier radzi poprowadzić jedno cięcie poziome przez ranę klatki piersiowéj, drugie pionowo na dół, który to sposób ma tę zaletę, że się nie osłabia zbyt klatki piersiowéj, a w razie potrzeby można cięcie przedłużyć ku dołowi.

5) Poczem kol. Prezes przedłożył Tow. wnioski komitetu odnoszące się do przesłania Towarzystwu łek. galic. deklaracyi co do projektu zmienionego statutu Tow. lek. galic. Wnioski te po krótkiéj dyskusyi zostały jednomyślnie uchwalone.

Sekretarz: *Dr. Jan Opieński.*

†

VI. Dr. ONUFRY TREMBECKI.

W niedzielę dnia 13 marca r. b. złożono na cmentarzu w Nowym Sączu na wieczny spoczynek zwłoki prawego i poczciwego człowieka, zacnego i zasłużonego obywatela, oraz zdolnego lekarza, jakim był ś. p. Dr. Onufry Trembecki. Jako długoletni towarzysz i świadek prac jego w Szczawnicy, gdzie przez lat przeszło czterdzieści był lekarzem zdrojowym, czynię zadość popędowi serca pisząc niniejsze wspomnienie.

Ś. p. Onufry urodził się w Samoklęskach w Jasielskiem z rodziny szlacheckiej herbem Pruss się pieczętującej; ochrzczony w Chomranicach, tamże lata dziecięce przepędził. Do szkół uczęszczał w Nowym Sączu, na filozofię w Przemyślu, ztąd po wybuchu powstania w r. 1830 pospieszył do Warszawy i wstąpił do 1-go pułku ułanów, zostającego pod dowództwem generała Dwernickiego. W bitwie pod Zendrami ranny w nogę i utraciwszy konia, o mało nie dostał się w niewolę. Po rozbiciu oddziału w stopniu podchorążego wraz z swymi towarzyszami przeszedł pod Tomaszowem do Galicyi, lecz wyleczywszy się z rany powrócił do Królestwa i podczas oblężenia Warszawy zostawał w korpusie Romariny razem z nim przebywszy granicę wrócił do Przemyśla, gdzie kończył filozofię. W roku 1832 zapisał się na wydział lekarski w Uniwersytecie wiedeńskim, który ukończywszy w roku 1839 otrzymał stopień Doktora medycyny i magistra okulistyki.

Z początkiem roku 1840 przybył do Tarnowa w zamiarze osiedlenia się, lecz w lecie wyjechał po raz pierwszy do Szczawnicy gdzie przepędził porę letnią, a zachęcony przez starostę obwodowego w Nowym Sączu Bochyńskiego z końcem roku tamże się osiedlił. Zaraz w następnym roku oddano mu kierunek szpitala obwodowego w Nowym Sączu, który to obowiązek sprawował bezpłatnie do roku 1848. W r. 1843 został lekarzem sądowym, a wkrótce powierzono mu nadzór nad szkołami panieńskiemi.

W r. 1846 został uwięziony w miejscu swego pobytu, wówczas gmina żydowska ręczyła za niego całym majątkiem; dzięki temu, oraz staraniom życzliwego sobie starosty obwodowego, w sześć tygodni został uwolniony. W roku 1847 podczas panującego tyfusu głodowego mając pod swą opieką oprócz chorych prywatnych pięć szpitali, pracę nad siły przypłacił dziesięciotygodniową chorobą.

W r. 1848 wybrany do rady miejskiej, czynnościom jej przewodniczył aż do reorganizacyi, a później pozostał jej czynnym członkiem. Gdy w r. 1848 utworzono gwardyę narodową w Nowym Sączu, został obrany jej komendantem, a później poruczono mu kontrolę nad wszystkiemi oddziałami w obwodzie.

W r. 1840 przybywszy po raz pierwszy do Szczawnicy i zapoznawszy się z jej właścicielem ś. p. Józefem Szalayem, od tego czasu corocznie tamże przyjeżdżał; wówczas pora zdrojowa trwała zaledwo dwa miesiące, a lekarz był zarazem aptekarzem. Taki stan rzeczy pozostał do roku 1860, kiedy był zamianowany przez rząd lekarzem zakładowym, czyli jak wówczas zwano zdrojowym; na tem stanowisku pozostawał aż do roku 1883, używając znakomitego zaufania jako lekarz, oraz będąc szczerym przyjacielem i doradcą ś. p. J. Szalaya który pracując dla rozwoju zakładu, kierował się radami ś. p. Dr. Trembeckiego.

W Nowym Sączu obok rozległej praktyki zajmował się czytelnią miejską i bursą dla ubogich uczniów, których przez lat kilkanaście był prezesem. Wdzięczni obywatele miasta, w którem od roku 1840 prócz wyjazdów do Szczawnicy stale przebywał, w r. 1879 ofiarowali mu w dowód wdzięczności dyplom Członka honorowego miasta. W Szczawnicy, gdzie ujmującem postępowaniem, usposobieniem towarzyskiem i wesołym humorem umiał sobie wszystkich jednać, w r. 1880 obchodzono czterdziestą rocznicę jego czynności, przyczem ze wszech stron odbierał podziękowania i życzenia, a dzień ten zakończył się wieczorkiem składkowym, urządzonym przez życzliwych kolegów i wdzięcznych pacyentów. W r. 1883 na własną prośbę został uwolniony od obowiązków lekarza zakładowego, przyczem na przedstawienie Akademii umiejętności właścicielki zakładu, w dowód uznania otrzymał tytuł Radcy cesarskiego.

Pracując jako lekarz praktyczny i obywatel nie zaniedbywał i strony naukowej swego zawodu; czego dowodem prace piśmienne przezeń od roku 1839—1883 drukiem ogłoszono, z których wymienimy:

Dissertatio inauguralis de plica polonica. Vindobonae etc. 1839 8-vo s. 39.

Allgemeine Anweisung zum Augenkranken - Examen mit diagnostischen Tabellen der Nervurosen und Gefässkrankheiten Wien 1840. 8 vo.

Przewodnik do zdrojów lekarskich w Szczawnicy. Kraków 1861 8-vo s 50.

Dyetetyka czyli ogólne prawidła zachowania się przy piciu wód lekarskich i żentycy, przy winogronowem leczeniu, niemniej przy używaniu kąpiel ciepłych i zimnych. oraz kąpiel morskich. Kraków 1852, s. 46.

Wiadomość o Krościenku i jego zdrojach lekarskich Kraków 1859, 8-vo s. 19.

Sprawozdanie o rozbiorze chemicznym wody źródła Wandy na Miedziusiu dokonanym przez Dra B. Radziszewskiego. Kraków 1880 s. 9.

Sprawozdania o ruchu i postępie zakładu zdrojów leczniczych w Szczawnicy w roku . . . Kraków 8-vo. Sprawozdania te ogłaszane były corocznie od roku 1866 do 1883.

Prace naukowe zjednały śp. Trembeckiemu powołanie go na członka korespondenta b. Towarzystwa naukowego krakowskiego; prócz tego był członkiem korespondentem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Przeszło do siedmdziesiątego roku życia, cieszył się czerstwem zdrowiem; wszyscy pamiętają tę postać prawdziwie sarmacką z zawiesistym wąsem, w czamarze a przy uroczystościach w kontuszu i przy karabeli, polskiego ubrania bowiem zwykle używał. Śmierć małżonki przygnębiła go i pozbawiła dobrego humoru, a dokonała swego ciężka kilkoletnia choroba a potem śmierć jedynéj córki ś. p. Zofii Zubrzyckiej. Od tego czasu podupadł na dobre, zestarzał się do niepoznania, a w ciągu ostatnich dwóch lat już mało co z domu wychodził. Zakończył poczciwy i zasłużony żywot w d. 11 marca r. b. wobec wnuka I. P. Józefa Zubrzyckiego, będącego jedynym jego potomkiem, który podupadłego na siłach i zdrowiu starca otaczał opieką w ostatnich latach.

Wspomnienie zacnego kolegi zakończmy słowami: „niech mu ziemia będzie lekką", a jako chrześcijanie dodajmy: „Wieczny odpoczynek racz mu dać Panie! a światłość wiekuista niech mu świeci na wieki". *Dr. Wł. Ściborowski.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 17 marca. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 16 b. m. i r. odbytem: 1) kol. przewodniczący Ponikło doniósł Towarzystwu, iż Towarzystwo lekarskie w Konstantynopolu przesłało wszystkie od 1 stycznia b. r. wydane numery swego organu: *„Gazette médicale d'Orient"* i nadal dziennik ten przesyłać będzie. 2) kol. Obaliński przedstawił chorą wyleczoną po znacznem wypadnięciu jelit w ósmym dniu po laparatomii i poczynił przytem stosowne uwagi. 3) kol. Przewodniczący komisyi przemysłowo-lekarskiéj prof. Korczyński przedłożył wnioski tejże Komisyi: a) aby uznać proszek mięsny wyrabiany przez aptekarza Sobierajskiego za preparat polecenia godny, b) aby wyrazić uznanie p. Adamowi Uznańskiemu, właścicielowi „Jaszczurówki" za energiczne i skuteczne działanie celem rozwoju tego uzdrowiska; wykaz ulepszeń w ciągu ostatnich kilku lat tamże zaprowadzonych, wraz z opiniją Komisyi ogłosić w Przeglądzie lekarskim. Oba te wnioski jednomyślnie uchwalono. 4) kol. Śliwiński imieniem tejże komisyi przemysłowéj przedstawił maszynki elektryczne do celów lekarskich wyrobu Kazimierza Zielińskiego w Krakowie, wnosząc, aby Towarzystwo udzieliło mu poparcia, co jednozgodnie uchwalonêm zostało. 5) kol. Gluziński miał pierwszą połowę wy-

czerpującego odczytu: „O blednicy i jej leczeniu“; z powodu bowiem bogactwa treści i licznych punktów poruszonych uznano za odpowiednie drugą połowę odczytu i dyskusyę umieścić na pierwszym planie porządku dziennego następnego posiedzenia.

* **W sprawie II go zjazdu lekarzy powiatowych** otrzymaliśmy następującą odezwę:

W myśl uchwały jednomyślnie powziętej podczas ostatniego zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie zapraszamy **wszystkich kolegów lekarzy powiatowych w kraju naszym na zjazd II-gi, który się odbędzie we Lwowie w dniu 30 Kwietnia (w Sobotę) r. b. o godzinie 10 z rana.** — Miejsce zgromadzenia: Sala posiedzeń sekcyi lwowskiéj Towarzystwa lekarzy galicyjskich (Ul. Blacharska 18, 2 piętro).

Upraszamy, aby każdy z kolegów lekarzy powiatowych, który zamierza przybyć na zjazd powyższy, **raczył zaraz o tem zawiadomić** kartką korespondencyjną przewodniczącego komitetu zjazdowego, **protomedyka Dra Merunowicza** (Biuro sanitarne) lub sekretarza Dra Obtułowicza (Lwów, Wałowa 7) oraz, **aby każdy z kolegów,** który ma zamiar przedstawić jaką sprawę walnemu zjazdowi, **albo też opracować jako referat, odnośny rękopism w streszczeniu** przesłać na ręce przewodniczącego komitetu **najdalej do dnia 14 Kwietnia r. b.,** a to celem ułożenia porządku dziennego i przygotowania tematu do rozpraw na walnym zjeździe.

Na posiedzeniu komitetu zjazdowego odbytém w dniu 9 Marca 1892 przyrzekł członek komitetu radca sanitarny Dr. Cassina objąć referat: **„O szczepieniu krowianką“,** a przewodniczący komitetu, protomedyk Dr. Merunowicz omówić **„organizacyą służby zdrowia i poruszyć sprawę dalszego kształcenia naukowego lekarzy powiatowych i obznajmienia ich z najnowszemi zdobyczami na polu higijeny.**

Na przypadek, gdyby koledzy nie zgłosili ważniejszych referatów, Dr. Obtułowicz mówić będzie: **„O handlu lekami tajnemi i niedostatecznem ustawodawstwie w tym zakresie.“**

Dr. Cassina. Dr. Merunowicz. Dr. Obtułowicz.

* W tygodniu 9-tym (od 28 lutego do 5 marca) było w Krakowie małżeństw 23, urodzeń 57, skonów 42, z tych z gruźlicy 10, z zapalenia płuc 6, z duru brzusznego 2, z dławca i błonicy 2.

* *„Rozpraw z zakresu medycyny praktycznej“* wydawanych pod redakcyą Prof. Dra Korczyńskiego wyszedł Nr. 9 i zawiera pracę Dr. Leona Rosenbuscha we Lwowie „O nawykowem zaparciu żywota. Nr. 10 ty opiewać będzie: O rozpoznawaniu i leczeniu rzeżączki u mężczyzn ze stanowiska bakteryologicznego przez Dr. Eugeniusza Borzęckiego z Paryża, zaś Nr. 11: O wściekliźnie i jej leczeniu metodą Pasteura przez Dr. Odona Bujwida z Warszawy.

* Od znanéj firmy Windlera w Berlinie otrzymaliśmy 8-me wydanie ilustrowanego katalogu narzędzi chirurgicznych, opasek i przyrządów ortopedycznych.

* **Wiadomości uniwersyteckie.** — Wydział lekarski Uniw. niemieckiego w Pradze proponował na kierownika kliniki ginekologiczno-położniczéj Fritscha z Wrocławia, obecnego zastępcę prof. Dra Rosthorna i Breusa, obydwóch z Wiednia. Na podobną klinikę opróżnioną w Grazu proponowani zostali: Boerner (w Grazu), Rosthorn i Felsenreich (obaj we Wiedniu).

* **Wiadomości osobowe.** Stopień doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Leopold Haim i Karol Krasowski, obaj rodem z Krakowa. — W Bernie szwajcarskiem otrzymała stopień doktora medycyny warszawianka, pani Zofija z Benderów Świetlicka po obronieniu rozprawy z dziedziny ginekologii.

* **Zmarł** we Wiedniu Dr. Wiktor Ivanchich de Margita w 80-tym roku życia. Urodzony w Budapeszcie w roku 1812, praktykował przez 43 lata w Wiedniu jako specyjalista chorób przyrządu moczowego i zasłynął głównie jako szczęśliwy operator kamieni moczowych, a liczne prace jego drukiem ogłoszone po czasopismach lekarskich odnoszą się prawie wyłącznie do téj specyjalności.

* **Podziękowanie.** W. Pan Maryan Zahradnik, aptekarz w Jeziernie, fabrykant kapsułek leczniczych Hygea, którego wyroby polecone zostały przez Towarzystwo lekarskie na wniosek komisyi przemysłowo lekarskiéj tegoż Towarzystwa a odznaczone zostały na wystawie lekarskiéj w czasie VI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, pismem z dnia 20 Lutego b. r. ofiarował Obywatelskiemu komitetowi Domu Akademickiego od sprzedanych kapsułek ten sam procent na budowę Domu Akademickiego, jaki w lecie r. z. przeznaczył na Muzeum wynalazków polskich w Krakowie.

Za ten szlachetny dar imieniem Obywatelskiego Komitetu opiekuńczego Domu Akademickiego składam WPanu Maryanowi Zahradnikowi szczere podziękowanie.

Kraków dnia 14 Marca 1892. *Prof. Dr. Korczyński.*

Sprostowanie. W Nrze 11 Przeglądu Lekarskiego w wyciągu Dra Skobla str. 133 wiersz 6 od góry zamiast: „postać tocznia rumieniowego“ powinno być: „postać tocznia pospolitego“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę elewa przy klinice chirurgicznéj.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 28 marca 1892.

Kraków dnia 14 marca 1892.

Stopczański, Dziekan Wydz. lek.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.